CONGRÈS DES MÉDECINS
ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES
DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

25e SESSION

LUXEMBOURG-METZ, 1er-6 AOUT 1921

RAPPORT

PRÉSENTÉ PAR

M. le Docteur B.-J. LOGRE,

Ancien Interne des Hôpitaux.
Ancien chef de Clinique psychiatrique à la Faculté.
Médecin en chef adjoint de l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de police.

MASSON & Cie, ÉDITEURS, 120, BOULEVARD St-GERMAIN, PARIS



LA CONSCIENCE DE L'ÉTAT MORBIDE CHEZ LES PSYCHOPATHES

PAR

LE DOCTEUR B.-J. LOGRE,

Ancien interne des hôpitaux.
Ancien chef de Clinique psychiatrique à la Faculté.
Médecin en chef adjoint de l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de police.

Le terme de *conscience* (*conscientia*, connaissance de soi-même) est susceptible d'un grand nombre d'acceptions différentes, sans cesse confondues entre elles. C'est ainsi que le même mot d' « inconscience », en psychiatrie, sert à désigner tour à tour : soit l'absence probable de tout état psychique (coma) ; soit l'existence d'un état psychique inaperçu du sujet (certains cas de tendance instinctive, de réaction automatique, de distraction, etc.) ; soit l'existence d'un état psychique remarqué, mais non critiqué ou mal critiqué par le sujet ; soit encore, dans une acception très particulière, l' « inconscience » par défaut de sens moral, etc., etc.

Nous dirons, dans ce Rapport, qu'il y a « *conscience de l'état morbide* » chez le psychopathe, lorsque celui-ci : 1° *perçoit* le phénomène psychique ; 2° le considère comme *morbide* ; « psychopathe » signifiant non seulement : aliéné, mais : tout sujet atteint d'une affection mentale quelconque.

En vingt pages, nous ne pouvons donner, ici, qu'un aperçu très restreint de ce vaste problème. Nous nous contenterons d'apporter, avec une conception d'ensemble, quelques suggestions personnelles (1).

La conscience de l'état morbide, avec ses variétés, si nuancées, de forme et de degré, nous semble avoir, en médecine mentale, une *valeur séméiologique de premier ordre*. Γνωθί σέαυτον de la psychiatrie, « test » supérieur mesurant le retentissement éventuel de la psychose sur les fonctions mentales les plus élevées (coordination, critique, inhibition), ce symptôme privilégié permet de situer et, en quelque sorte, de *centrer* l'état morbide par rapport à l'*ensemble de la person-*

---

(1) Quoique souvent abordé, de façon épisodique ou partielle, ce sujet n'a jamais été, à notre connaissance, traité systématiquement. Rappelons seulement, comme bibliographie générale, les belles recherches de J. FALRET, sur la Folie raisonnante ; de TRÉLAT, sur la Folie lucide ; de RITTI, sur la Folie avec conscience ; le remarquable article de V. PARANT, sur la Conscience de soi dans la Folie (*in* La Raison dans la Folie) ; les essais originaux de MM. BINET et SIMON, sur les Rapports de la Conscience personnelle et de l'Activité morbide (*Année Psychologique*, 1911) ; enfin l'ouvrage, si captivant et si profond, de M. Ch. BLONDEL, sur la Conscience morbide.

nalité. Sa recherche est essentielle : *a*) pour le *diagnostic*, — certaines psychopathies offrant, comme nous y insisterons, un mode de conscience ou d'inconscience très particulier, qui les caractérise ; *b*) pour le *pronostic*, — car, d'une façon générale, moins le malade est conscient de sa psychose, plus il est dupe de ses inspirations morbides, non seulement dans sa croyance, mais dans sa conduite, ses réactions sociales et médico-légales ; *c*) pour le *traitement*, — la psychothérapie, l'isolement ou le placement volontaires supposant, en principe, que le malade reconnaît, à quelque degré, l'existence ou la possibilité d'un état psychique anormal.

Nous étudierons, tour à tour, la conscience du pathologique dans les états de débilité, de déséquilibre, de confusion et de démence.

A. — Débilité mentale

Quand son niveau n'est pas trop bas, le débile peut avoir un *sens assez exact de sa faiblesse mentale :* c'est le débile bien équilibré, le pauvre d'esprit « doux et humble de cœur », n'ignorant souvent que sa propre supériorité morale, et dont la modestie naïve prête à l'exploitation (*cf.* Un Cœur simple, de Flaubert). D'autres fois, le débile, finaud et rusé, a conscience de sa faiblesse, mais s'en sert comme d'une arme, soit défensive pour donner une excuse facile à ses incartades, soit offensive pour duper, en faisant la « bête » et l' « innocent », des sujets parfois beaucoup plus intelligents que lui. Mais, d'une façon générale, s'il peut percevoir, comme une donnée de fait, l'insuffisance de son rendement psychique (épreuves scolaires, gain professionnel, etc.), il *échoue à concevoir spontanément sa niaiserie*, l'infériorité puérile de ses idées et de ses réactions. Fécond en « bourdes » et en « gaffes », il n'a pas le *sens du ridicule*, ni, vis-à-vis de lui-même comme d'autrui, cette forme particulière du rire, qui est comme le diagnostic réflexe de la sottise. Sa critique personnelle ne peut dépasser un certain niveau, sensiblement fixe. D'où la *suggestibilité*, la *crédulité* et la *fabulation* (mythomanie passive et active). D'où aussi les *illusions habituelles que le débile se fait sur sa propre valeur :* il explique par d'autres causes que sa débilité les effets, cependant évidents, de celle-ci (« Ah ! si j'avais eu de l'instruction ! »). Débile moteur, il incrimine ses instruments ou ses aides. Paranoïaque, il interprète ses insuccès, ses déboires, comme des indices de persécution. Ou bien, plus euphorique et imaginatif, il s'attribue, ne pouvant triompher dans les grandes choses, une éminente supériorité dans les petites (il est fort, il est beau, il chante bien, il danse bien, il a de belles manières, des titres, des honneurs et des décorations [M. Jourdain], etc.) : c'est la *vanité* frivole, extra-intellectuelle, du débile. Parfois, enfin, s'arrogeant précisément les supériorités intellectuelles qui lui manquent, sa prétention se hausse aux compositions artistiques, aux systèmes philosophico-politico-mystiques, aux idées de grandeur et d'invention. Par son verbalisme creux, son *psittacisme*, il s'étonne et fait sa propre admiration en ne se comprenant pas lui-même. C'est à lui qu'il appartient sans doute de goûter la plus complète satisfaction de soi-même. Mais sa vanité ingénue fait de lui la victime désignée de toutes les *flatteries*, de toutes les *mystifications* et de toutes les *exploitations*.

Le *jugement de soi-même* (joint à l'amour-propre et à la bonne volonté) constitue, chez le jeune *arriéré* comme chez l'enfant normal, un précieux adjuvant de la culture pédagogique. Il est à l'intelligence ce que le goût est au sens artis-

tique : le meilleur gage du progrès. Et si — quoi qu'on en puisse dire — un débile adulte n'a jamais la mentalité d'un enfant normal de tel ou tel âge précis, déterminé par des tests, c'est que l'enfant normal et le débile adulte ne sont jamais égaux devant ce test supérieur, et trop souvent négligé, de l'autocritique ; ils diffèrent toujours notablement quant à cette *conscience de l'imperfection, critère de la perfectibilité*, — de même que l'enfant normal diffère toujours physiquement d'un nain adulte de même taille, ne fût-ce que par l'activité physiologique de ses cartilages juxta-épiphysaires.

B. — Les Déséquilibres

Si les Débilités, Confusions et Démences sont, en majeure partie, et comme par définition, des états d'inconscience plus ou moins complète, le *Déséquilibre* a pour apanage habituel la *lucidité*. N'étant nullement incompatible avec une intelligence supérieure, — ni même avec le génie, — il peut fournir à la conscience du pathologique les ressources les plus riches et les plus variées d'observation rigoureuse, d'intuition profonde et de fine analyse.

A) **Déséquilibre émotif**

Dans l'émotivité et l'anxiété constitutionnelles (ou acquises), la conscience de l'état morbide est de règle. Le *cerveau*, d'ordinaire indemne et lucide, reste *assez bon juge du grand sympathique*, où le mal semble avoir son siège essentiel (*cf.* les Délires émotifs, de Morel). Car l'émotivité et l'anxiété, comme l'ont montré Hess et Eppinger, ne traduisent pas seulement l'exaltation sympathico-tonique (Margarot), mais encore *neurotonique*, c'est-à-dire à la fois vago et sympathico-tonique.

Cette conscience psychonévropathique a cependant des degrés variables, — l'émotivité, lorsqu'elle est intense et généralisée, pouvant imposer sa « façon de sentir » à la conscience personnelle et déformer le jugement. C'est ainsi que la *colère* est, selon le mot de Sénèque, une « courte folie », qui, si elle se prolongeait, ne se distinguerait plus d'un état maniaque.

L'anxiété constitutionnelle, dans son cours ordinaire comme dans ses paroxysmes, peut revêtir plusieurs formes :

1º L'anxiété *pantophobique*, vague et diffuse, qui ne se fixe électivement sur aucune crainte déterminée, et, « s'attendant à tout », abandonne au destin le choix de son supplice. Malgré son absence de localisation idéative, cette anxiété, dont le malade aperçoit l'excès plutôt que l'inanité, comporte, en général, un léger trouble intellectuel portant sur « *le sens du possible* », une ébauche d'erreur pathologique non sur l'existence effective du malheur, mais sur sa probabilité ;

2º L'anxiété *localisée*, mono ou polyphobique. — Parfois mal critiquée et au seuil du délire (craintes fixes, comme il y a des « idées fixes », en particulier chez les hypocondriaques), elle tend à prendre, le plus souvent, la forme de l'*obsession :* crainte d'un malheur à subir (phobie obsédante) ou à commettre (impulsion obsédante).

Le propre de l'obsession est assurément la *conscience du caractère absurde ou inexact*, aberrant et parasitaire, de l'idée morbide : sans quoi l'obsession se confondrait avec le délire. C'est ainsi que l'obsession ne va jamais, sauf peut-être dans les paroxysmes suraigus, jusqu'à la croyance, et ne dépasse guère la phase de

doute ; de même l'*impulsion* obsédante, en dépit des classiques, n'est *nullement irrésistible* et ne dépasse guère la phase d'indécision, de *perplexité :* ce qui est irrésistible, c'est la *hantise, non l'accomplissement de l'acte*, pour peu, du moins, que cet acte soit grave ou dangereux (1).

Le trait distinctif de l'obsession, c'est, selon le mot de MM. Binet et Simon, le *conflit* entre deux portions dissociées de la personnalité : conscience raisonnable d'une part, automatisme morbide de l'autre : c'est le *siège* (obsessio), angoissant et acharné, de l'une par l'autre, avec assauts multipliés, qu'éternise l'absence de capitulation. Mais, lorsqu'on dit que l'obsession est consciente, cela ne signifie pas seulement qu'elle a pour contenu un état de conscience, que l'individu remarque cet état de conscience et que, le connaissant, il s'en affecte et tente d'y porter remède ; la conscience de l'obsédé offre une nuance encore plus précise : elle est, peut-on dire, d'ordre *psychiatrique* ; le sujet a le sens du caractère psychopathique de l'idée obsédante : il y reconnaît une manifestation de déséquilibre émotif et volontaire. Il sent lui échapper la direction de sa vie psychique et la maîtrise de soi, le *self-government*. Selon le mot d'un malade de Séglas, il est « conscient d'un côté qu'il est inconscient de l'autre ». Ce désordre psychique lui fait redouter l'avènement définitif de l'anarchie mentale : presque invariablement, *l'obsédé craint de tomber fou* ; aussi, dans sa détresse, fait-il appel d'urgence au médecin et au « médecin des fous ». C'est peut-être le seul client spontané de l'aliéniste.

Le *moyens de défense* de l'obsédé sont, pour la plupart, des espèces de *compromis*, que, dans sa conscience de l'état morbide, il emploie, soit pour résister à la suggestion anxieuse. soit pour y succomber à moindre frais : dans ces manœuvres, plus ou moins symboliques, de conjuration, avec gestes et formules cabalistiques, fétiches et talismans, il entre souvent une part de superstition, d'où la croyance morbide n'est pas exclue.

D'une façon générale, l'obsédé sait que ses craintes, comme ses moyens de défense, sont *absurdes dans la pensée d'autrui*, et il en tient compte au cours de son exposé (conscience normale de la psychologie d'autrui). Mais, seul et réduit à sa propre pensée, il n'a plus la même assurance. Il se répond à lui-même, avec le mysticisme caché au fond de toute anxiété : « Sait-on jamais ? »

Si les émotifs, anxieux et obsédés, analysent, avec beaucoup de finesse et de clairvoyance, leurs troubles psychiques, ils ont souvent une *conscience moins exacte des concomitants physiques de leur émotivité*. Ils connaissent et comprennent mal leurs sensations internes, le monde mystérieux de la vie sympathique, aperçu clairement par le seul radiologiste, qui voit se dessiner, sous l'écran, dans l'intimité des tissus, les sursauts et les reptations, les spasmes fixes ou mouvants, les péristaltismes désordonnés et contradictoires, bref la *nervosité du muscle lisse*, substratum organique de l'angoisse. D'où les *préoccupations hypocondriaques*, fondées sur l'*interprétation fausse des angoisses*. Les palpitations et les angoisses cardiaques font craindre une « maladie de cœur », une « angine de poitrine » ; l'angoisse respiratoire signifie tuberculose pulmonaire ; les spasmes digestifs et intestinaux évoquent, selon leur localisation, l'idée d'une appendicite, d'une colique hépatique, d'une pleurésie, etc... C'est souvent le médecin qui prononce le premier le diagnostic redoutable, propice à la cristallisation de la phobie nouvelle. Le chirurgien, à son tour, intervient pour des

(1) Les impulsions obsédantes de conséquence grave, qui passent à l'acte, supposent, d'ordinaire, pour le moins, une *association psychopathique :* intermittence (dipsomanie, et, comme nous en avons vu plusieurs cas récents : kleptomanie) ; débilité (par exemple, pyromanie) ; perversions (sadisme, etc.).

appendicites douteuses (à « lésions histologiques ») et dont le syndrome ne laisse pas de se reproduire curieusement après ablation de l'appendice. Faire comprendre à l'anxieux la nature de ses angoisses, de ses spasmes, de ses viscéralgies, aussi bien que de ses désordres psychiques ; lui faire acquérir la *conscience intégrale* et au fond rassurante, de tout son syndrome émotif, c'est pratiquer une sorte d'analyse psychiatrique, de « psycho-analyse », qui, pour n'avoir rien de freudique, n'en est pas moins bienfaisante.

B) **Déséquilibre neurasthénique**

La fatigabilité constitutionnelle existe comme donnée de fait. Le malade est « né fatigué » ; il en a, d'ordinaire, une *conscience* assez nette ; il sait qu'il ne peut commettre un « écart de régimc » (abus de boisson, surcharge alimentaire, veilles prolongées, excès sexuels, etc.) sans le payer, à coup sûr, par de la fatigue nerveuse ; et la notion de l'abus n'est pas loin de se confondre pour lui, sur certains points, avec celle de l'usage. Après une épreuve plus marquante (préparation d'examen, déception sentimentale, perte d'un être cher, etc.) la neurasthénie franche peut se constituer, avec l'ensemble de ses stigmates classiques. Mais, si le malade a conscience de son défaut de résistance, il lui arrive, ici encore, et trop souvent sur la suggestion du médecin, de *se croire en proie à des affections organiques* diverses (de l'estomac, du foie, du cœur), à des ptoses et à des dilatations viscérales d'importance très surfaite (d'où interventions éventuelles, « pexies » variées : utéro-néphro-colopexies, etc.). Le psychiatre rendra grand service au malade en lui donnant une conscience plus juste et plus claire de son état morbide psycho-physiologique. La conscience de l'asthénique se distingue, d'ailleurs, profondément de celle de l'obsédé : celui-ci est aux prises avec un trouble morbide portant sur des fonctions mentales, qui lui paraissent dépendre de lui : jugement, émotivité, volonté ; aussi lutte-t-il douloureusement avec lui-même pour maintenir son barmonie psychique compromise et faire la police intérieure de son esprit. Le neurasthénique a conscience, en général, que sa fatigabilité *ne dépend pas de lui*, qu'il n'a pas à la réprimer comme une manifestation d'indiscipline de son psychisme inférieur. Il a d'autres *moyens de défense*, d'ordre extra-psychique : il se soumet à des *régimes* souvent trop restrictifs, par *préoccupation hypocondriaque*. Le médecin doit lui apprendre à mieux faire le départ de ce qu'il peut et de ce qu'il ne peut pas, bref à mieux *gérer son capital nerveux* déficitaire.

C) **Déséquilibre psycho-moteur**

De la constitution émotive et astbénique (souvent associées), on peut rapprocher le déséquilibre moteur (mouvements involontaires et convulsifs, tics, stéréotypies, tremblements, myoclonies, etc.). Ignoré à ses débuts, lorsque s'établit l'habitude motrice, le tic — ou, plus généralement, le geste convulsif — devient, quand il est conscient, un sujet de *préoccupation pénible*, voire même d'anxiété morbide. Cependant il n'est pas, à proprement parler, obsédant ; le tiqueur a l'impression de lutter contre un déclic automatique, une surprise motrice à répétition, un geste machinal, qui ne lui donne guère l'illusion de la liberté, ni, partant, de la responsabilité : l'obsédé, lui, craint non pas d'*accomplir sans le vouloir* un mouvement réflexe, mais de *vouloir malgré lui* un acte délibéré, qu'il réprouve et dont il se croit responsable. De même, en dépit de la confusion ordinaire commise par le public et les médecins, un sujet intelligent, atteint de déséquilibre émotif et moteur, distingue parfois très bien un geste stéréotypé de défense, non convulsif, et en quelque sorte consenti chaque

fois par décision spéciale, d'un *tic*, sorte d'éclair moteur, échappant plus ou moins, par sa brusquerie, aux prises de la volonté.

D) **Déséquilibre imaginatif**

C'est la *Mythomanie ;* il ne faut pas la confondre avec la tendance au *mensonge*, qui n'en est qu'une variété, la *forme consciente*, intentionnelle. La Mythomanie, à son stade initial, chez l'individu (fabulation physiologique de l'enfant), comme dans la société (mythes et légendes populaires), tend à *entraîner automatiquement la croyance :* elle est plus ou moins inconsciente. D'une façon générale, on peut dire que l'affirmation mythopathique, à son origine, est antérieure au contrôle intellectuel, qui, chez un esprit critique et réaliste, vient ensuite la réduire. De même que la perception a été considérée par Taine comme une « hallucination vraie », de même toute idée véridique et sincère n'est, en un certain sens, qu'une imagination vraie. Plus précisément, le mythomane nous paraît posséder un *mode de croyance spécial*. L'attitude mentale de l'imaginatif, qui se représente et vit une scène illusoire, a ceci de particulier qu'il ne se pose pas, en tant qu'imaginatif, la question de savoir : « Est-ce exact ou erroné ? » Il n'envisage pas ses idées sous la catégorie du vrai ou du faux. Il les accepte, par une sorte d'évidence intuitive, comme les données immédiates d'une expérience qu'il ne critique pas. Disposition naturelle et primitive à objectiver les images et à les confondre d'emblée avec le réel (1), *affirmation réflexe, antérieure à l'affirmation réfléchie*, qui n'en est que la survivance après contrôle, la foi imaginative surgit et tend à s'imposer d'office comme une *autosuggestion*. Suspension relative de la critique, attitude de suggestibilité spontanée pour tout ce qui cadre avec le rêve poursuivi, c'est bien là, en quelque sorte, un *état second* (l'état second imaginatif), une autre vie, un autre monde, que le sujet ne confronte pas avec la vie et le monde réels.

Mais, en même temps et par ailleurs, l'imaginatif, pour peu qu'il ait d'intelligence et d'expérience, ne laisse pas de savoir, à sa façon, que les images, dont la vivacité lui donne l'illusion du réel, ne sont que des fictions. L'originalité de son état consiste justement à concilier l'inconciliable, à admettre simultanément, et comme *à des plans de conscience différents*, des éléments psychiques contradictoires : attitude quelque peu instable et précaire, sans cesse à la merci d'un retour offensif de la critique ou d'un démenti trop flagrant de l'expérience. C'est pourquoi la foi de l'imaginatif comporte toujours quelque chose de si incertain, de si *suspect*, un mélange, tout à fait particulier, d'invention et de crédulité, de *sincérité naïve* et de *mensonge*. Il en est ainsi depuis les formes les plus évoluées d'imagination artistique (*cf.* l'illusionnisme d'un Balzac) jusqu'aux délires d'imagination les plus authentiques (croyance sincère, attestée par l'action, mais avec appoint de supercherie intentionnelle : faux témoignages, abus de confiance, escroquerie, etc.).

Dans l'*Hystérie* (2), Mythomanie ou mieux : *Mythoplastie, plus ou moins inconsciente, des syndromes,* on retrouve, poussée à l'extrême, cette même duplicité instinctive vis-à-vis de soi-même et d'autrui. Mais, ici, le plan du réel et le plan du fictif sont isolés par une *séparation* (Binet et Simon) en apparence absolue. L'image pathogène, l'état subjectif extériorisé se présente au malade comme une manifestation objective : l'*idée* s'est changée pour lui en *symptôme*, dont l'existence ne lui

(1) Tacite, parlant des Grecs, ces « Méridionaux » de l'antiquité, donne ainsi, en quatre mots, la formule de la croyance imaginative : « Fingebant simul credebantque ».

(2) Logre. Art. Hystérie, *in Traité de Pathologie Médicale*. Sergent, Ribadeau-Dumas, Babonneix. Psychiatrie, T. I.

semble pas plus dépendre de lui que celle d'un ictère ou d'une scarlatine. Entre la conscience centrale et le phénomène psychique centrifuge, la disjonction paraît totale, comme entre un astre et son satellite; d'invisibles relations continuent pourtant à les unir : c'est ainsi que la conscience raisonnable surveille et prévient les incartades trop dangereuses de l'idée séparatiste (un symptôme grave n'est jamais hystérique; il n'y a pas de cachexie ni de mortalité hystériques, etc.).

Comme nous l'avons montré ailleurs, l'hystérique est, à la fois, *conscient et inconscient* de son état; il a presque toujours conscience de ses symptômes, se sait paralytique, muet, aveugle, etc.; il possède, à un haut degré, le sens du pathologique, si favorable à la psychothérapie; mais, par contre, il ne sait jamais qu'il agit sous l'influence d'une suggestion, spontanée ou provoquée. Sa *suggestibilité du pathologique* comporte, d'une part, la *conscience habituelle du pathologique*, et, d'autre part, l'*inconscience nécessaire de la suggestibilité*. — Ajoutons que sa sincérité, toujours suspecte, a fait dire de lui qu'il est un « demi-simulateur ». Il a, comme les autres imaginatifs, une *forme particulière de croyance, équivoque et mitigée*. Et puisque le sujet, de par son intelligence intacte, garde en lui-même — sauf aveuglement passionnel ou parti-pris utilitaire — *tout ce qu'il faut pour juger*, le cas échéant, *sa propre duperie imaginative*, la croyance de l'hystérique est essentiellement *réversible*. L'hystérie est la plus curable de toutes les affections psychiques, et, pour la guérir, il suffit de ramener à la conscience centrale l'idée aberrante (persuasion, suggestion, torpillage, etc.)

E) **Perversions instinctives.**

La perversion instinctive dont le sujet, lorsqu'il est intelligent, aperçoit fort bien le caractère immoral, peut être *obsédante* à quelque degré. Le malade lutte alors avec angoisse contre une tendance impulsive qui lui fait horreur à la fois comme un vice et comme une tare. Souvent aussi, le pervers, même lorsqu'il se trouve une excuse, préférerait ne pas céder à son penchant : il y voit moins une maladie qu'une *passion*, susceptible d'entraîner, pour son honneur et sa sécurité, des résultats fâcheux. Mais cette passion n'est pas, comme l'impulsion obsédante, essentiellement en désaccord avec la personnalité du sujet; elle possède, dans la conscience, les attaches puissantes, l'organisation solide et durable d'un sentiment profond. L'acte instinctif apparaît au sujet comme agréable, en même temps que répréhensible. L'anxiété du pervers est l'*anxiété morale de la lutte contre un vice*; elle ne comporte guère l'angoisse morbide et la dissociation intra-psychique de l'*obsédé véritable*, qui se sent *poussé à commettre un acte dangereux, non parce qu'il le désire*, mais surtout *parce qu'il le craint*.

En réalité, les *perversions génitales*, décrites classiquement au chapitre des *impulsions obsédantes*, ne sont souvent : 1° *ni des impulsions*, mais des initiatives délibérées et consenties; 2° *ni des obsessions*, mais, bien plutôt, des « tentations », au sens moral et religieux du mot (1).

D'une façon générale, ce qui manque à la conscience des pervers, ce n'est pas de comprendre, mais de *sentir* l'immoralité de l'acte. Ils ne sont guère susceptibles ni de *honte*, ni de *scrupule*, ni de *remords*; car le remords n'est pas, comme on le répète, la punition naturelle des malfaiteurs; il ne tourmente, en réalité, que les

(1) Soulignons l'*importance médico-légale* de cette distinction : la kleptomanie, si souvent alléguée par exemple, n'est, d'ordinaire, qu'une perversion (tendance au vol) qui, pour s'excuser, se déclare irrésistible et prend figure d'obsession.

honnêtes gens, ou, du moins, les seuls criminels qui ne sont pas privés de tout sens moral; et, quoi qu'en pensent Descartes et Jean-Jacques Rousseau, la « conscience » morale n'est pas mieux partagée, en ce monde, que le bon sens.

Après l'étude succincte de ces divers déséquilibres, une forme d'activité mentale — souvent pathologique et même pathogène, — nous paraît mériter quelques considérations à part; c'est l'**Introspection,** qu'on peut définir : la conscience, attentive et minutieuse, des événements de la vie intérieure (états cénesthésiques, fonctionnement intellectuel, synthèse mentale, etc.) Nous distinguerons :

A) **L'introspection-symptôme.** — Elle est commune à la plupart des déséquilibrés qui ont une conscience, aiguë et douloureuse, de leurs tares psychopathiques; ils s'analysent sans cesse, remarquent leur émotivité, leur mentisme, leur aboulie, leur incapacité d'aboutir à des états d'âme achevés et satisfaisants, leurs doutes, leur insécurité, leur indécision, leur sens défaillant du réel, leurs impressions d'incomplétude et d'étrangeté, de dépersonnalisation, etc. — D'où la présentation particulière de ces malades, sur laquelle a bien insisté P. Janet, dans ses travaux sur la « *Psychasthénie* »; mais il faut se garder de confondre avec une espèce morbide cet ensemble de conditions psychologiques communes, qu'on observe dans un grand nombre d'affections mentales prédisposant à l'introspection : le *diagnostic* psychiatrique véritable *reste à poser* dans chaque cas particulier (psychonévrose émotive; phobies, impulsions et obsessions; neurasthénie; dépression psychique intermittente; états confusionnels légers, etc., etc.).

B) **L'introspection pathogène.** — L'attitude introspective, à laquelle ces malades sont constitutionnellement enclins, intervient souvent comme un élément étiologique du syndrome; l'expectation du trouble psychique redouté tend à faire apparaître ce trouble dans le champ de la conscience. C'est une *autosuggestion*, soit *imaginative* (de type hystérique), soit *émotive* (conviction d'impotence entraînant l'impotence, par l'intermédiaire du trouble émotif, à la fois cause et effet : astasie-abasie émotive; faux génitaux, faux urinaires, faux gastropathes, de Déjerine, etc.) L'*introspection* est, comme nous l'avons dit (1), *le fléau naturel de l'anxieux*, en particulier de l'anxieux hypocondriaque : soit qu'il s'agisse d'hypocondrie *physique* (la conscience lucide, par une sorte de confusion des pouvoirs entre le cerveau et le grand sympathique, se plaisant à plonger dans l'intimité obscure de la vie organique, où elle ne peut recueillir que malaise et inquiétude); soit qu'il s'agisse d'hypocondrie *morale* (le sujet, dans son effort d'analyse mentale continue, décomposant, et, par là-même, troublant le jeu normal de ses fonctions psychologiques).

Que la disposition paranoïaque s'adjoigne à la disposition introspective, la préoccupation hypocondriaque risquera de se transformer en *délire.* On n'a pas encore décrit systématiquement le groupe, nombreux et intéressant, des affections mentales qu'on pourrait classer sous la rubrique : *Paranoïa introspective*, et dont le mécanisme essentiel consiste dans : *la conscience délirante des troubles psychopathiques* (2). Elles donnent naissance quelquefois à des idées de culpabitité, mais plus souvent à des idées de persécution, qui sont, presque toujours, des *idées d'influence.* C'est ainsi que l'obsédé, phobique et impulsif, attribue ses craintes, ses inhibitions, ses mouvements involontaires, et jusqu'à ses gestes de défense, non à une maladie psychique spontanée, mais à une sorte de *folie provoquée* (soit par empoisonnement criminel, soit, dans la majorité des cas, par suggestion, hypnotisme, magné-

(1) Devaux et Logre. — Les Anxieux. Masson, Paris 1916.
(2) Voir, à ce sujet, le beau livre de Vaschide et Vurpas sur l'Analyse mentale.

tisme, possession, etc.); de même l'asthénique; de même (comme nous l'avons montré avec Heuyer) (1), le maniaque; de même, l'intoxiqué (par exemple, dans certains délires d'influence cocaïnique) (2), etc. On conçoit à quel point il est utile au clinicien de faire l'*analyse psychiatrique* précise des éléments constitutifs qui interviennent dans cette psychose d'influence; car si l'élément morbide interprété se trouve être peu durable (état maniaque), ou paroxystique (obsession, asthénie), et si la disposition interprétative n'est pas, en elle-même, trop accusée, on peut voir la *psychose induite* disparaître avec le *trouble mental inducteur*, dont elle n'était que la prise de conscience vésanique (Paranoïa introspective symptomatique). Une grave erreur serait de croire trop vite, à cause du mauvais renom des idées d'influence, soit à une psychose systématisée chronique, soit à une hébéphrénie délirante.

c) **L'introspection-traitement.** — S'il est excellent de faire faire au malade, une fois pour toutes, l'analyse exacte, et par conséquent rassurante, des troubles psychiques dont il s'exagère la gravité, nous croyons fâcheux, par contre, de l'entraîner à l'*introspection systématique*, ne serait-ce que parce qu'on risque ainsi de déformer et de compliquer l'état mental en cause; ajoutons que le médecin lui-même participe presque toujours quelque peu, consciemment ou non, à l'élaboration des « psychasthénies », comme à celle des accidents hystériques ou des « complexes » psycho-analytiques.

L'originalité de la *Psycho-analyse*, — et, sans doute aussi, à quelques réserves près, son erreur, — c'est qu'elle prétend *guérir la psychopathie par l'introspection*. Cette méthode est, en principe, opportune, et conforme aux idées françaises, lorsqu'il s'agit d'*Hystérie* : s'apercevoir qu'on était dupe d'une erreur imaginative, d'une maladie fictive, c'est, du même coup, et presque par définition, la guérir. Mais suffit-il de connaître son émotivité pour s'en rendre maître? C'est pourquoi, sans doute, les freudistes sont conduits à supposer que l'émotion causale est, en quelque sorte, *périmée :* l'état morbide représente la survivance, le vestige, méconnu et toujours agissant, d'un sentiment infantile, ayant perdu sa raison d'être et se dissolvant à l'analyse. Mais, comment rendre compte alors de sa persistance et de sa *puissance* paradoxales? En paléontologie, la conservation d'un fossile s'explique moins par sa résistance individuelle que par la nature du terrain; de même, derrière le symbolisme freudique, — si tant est qu'il existe, — la raison profonde et cachée du syndrome n'est pas une émotion infantile et désuète : elle gît dans le terrain émotif, dans l'*anxiété constitutionnelle ;* et, si la psycho-analyse peut (?) en corriger quelques-unes des localisations accidentelles, d'ailleurs sans cesse renaissantes sous des aspects nouveaux, elle *ne saurait guérir l'anxiété elle-même*. Enfin, l'introspection est une arme thérapeutique à double tranchant; elle aboutit à la *culture* des psychopathies, qu'il s'agisse de pithiatisme ou d'anxiété.

Manie. — Mélancolie. — Epilepsie

A) **Manie.** — En thèse générale, la Manie, qui est *un des états les plus lucides* de la pathologie mentale (absence de tout affaiblissement psychique, hypermnésie, etc.), est aussi l'*un des moins conscients*. Le maniaque et surtout l'hypomaniaque

(1) Logre et Heuyer. Congrès de Strasbourg, 1920.
(2) Dupré et Logre. Article Toxicomanie. *In Nouveau Traité de Médecine*, publié sous la direction des professeurs Roger, Widal et Teissier.

ne se sentent pas malades, ne se plaignent pas de leur état et s'en félicitent volontiers comme du plus haut degré de la santé mentale. Au début de sa crise, lorsqu'il n'est encore qu'inquiet ou troublé, le maniaque se rend compte, au contraire, assez souvent, qu'il va tomber malade et demande parfois lui-même son placement. En guérissant, — et c'est un signe excellent d'amélioration, — le sujet peut reprendre conscience de ses anomalies psychiques, présentes ou récentes. Nous avons déjà signalé les *Délires d'influence* par interprétation des troubles psychiques maniaques (trois cas typiques nous ont paru suivis de guérison complète, toutes réserves faites sur le passage éventuel à l'état chronique, lors d'une récidive).

B) La **Mélancolie** est trop douloureuse pour que le malade, s'il reste lucide, n'ait pas quelque *conscience* de son état morbide (*mélancolie avec conscience*); mais cette conscience, moins critique et légitime qu'elle n'en a l'air, consiste non dans la conviction, en somme rassurante, d'être triste et inquiet à l'excès, mais dans la crainte et la désolation d'avoir une maladie nerveuse grave, incurable, chronique ou mortelle (*hypocondrie morale*). Au seuil du délire, le pessimisme mélancolique échappe, d'ailleurs, presque entièrement, sauf chez quelques sujets moins touchés ou très intelligents, à la *Psychothérapie*. Quant au Délire confirmé, aussi absolu dans sa croyance que pauvre dans son expression, il représente l'adhésion forcée de l'intelligence à un état sentimental tout puissant qui l'inhibe : la conscience raisonnable est *dominée*, selon le mot heureux de Binet et Simon, par la douleur morale.

c) **Epilepsie.** — Dans l'épilepsie mentale, le trait caractéristique est une *inconscience tout à fait spéciale ;* malgré la persistance de la vie psychique et même d'une relative lucidité (par exemple : fugue avec apparence d'état normal), la *conscience raisonnable et mnésique est en réalité dans le coma.* 1° Le *sens exact de la situation* et surtout la finalité raisonnée de la conduite font défaut (réactions et occupations immotivées) ; on ne retrouve pas ici, comme chez l'hystérique, l'observateur subconscient et bienveillant, l'arbitre avisé qui s'oppose aux méfaits trop graves de l'automatisme psychique : le sujet n'est plus, au contraire, qu'un *pantin psycho-moteur,* dont son impulsivité déchaînée, aveugle, brutale et comme explosive fait *le plus dangereux des aliénés ;* 2° La *mémoire* n'enregistre pas les événements *pour l'au-delà de la crise.* — D'où, au total, *solution de continuité,* séparation, autrement complète que dans l'hystérie, entre la conscience normale et la conscience pathologique. Il est cependant des exceptions : amnésie retardante ; *épilepsie mnésique :* nous avons eu l'occasion d'observer, chez un blessé du crâne (choc pariétal droit sans fracture), des *équivalents anxieux,* parfaitement *conscients et mnésiques,* alternant avec des crises motrices généralisées : le paroxysme anxieux était annoncé à l'oscillomètre par un syndrome d' « excitation vasculaire » (Logre et Bouttier) (1), simplement un peu moindre qu'avant la crise motrice. De même, les *états liminaires* de la crise comitiale (aura, phase de réveil) sont souvent plus ou moins conscients.

C. — Les Délires

Dans le Délire, en un certain sens et par définition, la conscience du pathologique fait défaut. La croyance morbide atteint, d'ordinaire, beaucoup mieux

(1) Logre et Bouttier. Les troubles artériels et vaso-moteurs dans les commotions et les blessures cérébro-médullaires (*Rev. Neur.*, mai 1918).

que la croyance raisonnable, à la certitude absolue et irréductible, à l'« *évidence* », réclamée par Descartes comme fondement de la science et de la philosophie.

En thèse générale, la constitution paranoïaque, prédisposition avérée aux délires systématiques de persécution et de grandeur (déviation logique, méfiance, orgueil), est, même chez les sujets les plus intelligents, remarquablement *inconsciente*. Le mot de La Rochefoucauld : « On ne se plaint jamais de son jugement », reste vrai en psychiatrie. — Un écrivain de génie, atteint d'un délire interprétatif de persécution, Jean-Jacques Rousseau a tenté, avec une angoisse et une sincérité dramatiques, de faire son *examen de conscience morbide :* dans son « Rousseau juge de Jean-Jacques », il est arrivé, à peu de chose près, aux conclusions suivantes : « C'est vrai, j'ai trop d'imagination et de sensibilité : voilà pourquoi je suis à ce point étranger (alienus) aux autres hommes, qui me méconnaissent et me honnissent. » Il a saisi parfaitement son double déséquilibre sensitif et imaginatif. Mais il échoue, malgré sa pénétration géniale, là où il doit échouer : son déséquilibre paranoïaque lui échappe et, par une interprétation erronée de plus, il croit pouvoir expliquer les effets de sa paranoïa inconsciente par l'existence de ses deux déséquilibres conscients.

La *croyance interprétative*, malgré sa rigueur et parfois sa réserve apparentes, avec souci fréquent de « doser le doute et la certitude », est la plus infrangible. — Rares sont les *délires de supposition* (Sérieux et Capgras). — La *croyance imaginative*, malgré sa sincérité réelle, dont l'action est le critère, participe à l'inconsistance et à la versatilité habituelles des processus mythopatiques (cf. les délires imaginatifs *à éclipse*. Dupré et Marmier). — Le *revendicateur*, même lorsqu'il ne délire pas sur la justice de sa cause, parfois entièrement légitime, est, du moins, toujours *inconscient* de ce qui caractérise essentiellement sa psychose : la disproportion pratique entre le caractère extrême des moyens employés et l'importance relative des intérêts en jeu. Son idée prévalente peut l'angoisser souvent comme une *hantise passionnelle*, mais jamais, semble-t-il, comme une obsession vraie, avec réprobation de la conscience raisonnable à l'égard de l'activité morbide. — Les *Délires hallucinatoires* peuvent se montrer *conscients au début ;* parfois, l'hallucination totale fait suite à l'hallucination consciente, ou la psychose hallucinatoire remplace l'hallucinose primitive, par défaillance brusque ou progressive de la critique. — Quant à l'obsession de la paranoïa, elle appartient plus à la disposition obsédante qu'au délire paranoïaque.

Le délirant systématique a souvent conscience que ses idées sont *jugées maladives par l'entourage :* d'où *réticence*. Mais, d'ordinaire, il prête à son entourage certains éléments de sa psychologie anormale : « Vous le savez aussi bien que moi — Vous n'entendez donc pas leurs conversations comme moi ? etc. » (Assimilation à soi, *automorphisme*, comme l'« anthropomorphisme » est l'assimilation à l'homme) ; ou bien le malade se persuade que l'entourage, à l'inverse de lui-même, se trompe ou est fou (*hétéromorphisme*, « transitivisme » de Wernicke, conscience relative, mais indirecte et dépersonnalisée, de l'état morbide) (1).

Souvent, d'ailleurs, et de multiples façons, le malade s'aperçoit indirectement que la pensée de ses prétendus persécuteurs n'est autre chose que *sa propre pensée :* il reconnaît dans leurs discours toutes ses idées, formulées quelquefois dans les

---

(1) Dans une étude intéressante d'*interpsychologie* morbide, il y aurait lieu de rechercher quelle idée précise le délirant se fait de la psychologie d'autrui, dans quelle mesure il étend et socialise son délire ; — la paranoïa étant, comme l'a dit Séglas, une « perception inexacte de l'humanité ».

mêmes termes et dans le même temps où il les conçoit : *l'écho de la pensée*, le *vol de la pensée*, loin d'annoncer une dissociation démentielle de la personnalité, n'est, chez le délirant systématique et lucide, que la remarque exacte, et non sans profondeur, de l'identité singulière qui confond le persécuteur et le persécuté. — De même, dans un ordre d'idées un peu différent, l'halluciné de la cénesthésie, périodiquement martyrisé et mutilé par ses persécuteurs, est bien contraint d'admettre, devant la persistance évidente de son intégrité physique, que le « redresseur d'os » est venu après le « briseur d'os » et a tout réparé (ce dernier détail répondant, d'ordinaire, non à une scène hallucinatoire, mais à une fabulation explicative (1).

Il est, enfin, toute une série d'états délirants systématiques dans la genèse desquels l'interprétation, l'imagination, l'hallucination semblent n'intervenir que d'une façon partielle ou accessoire : ce sont les *Psychoses par conscience délirante de l'automatisme morbide* (*Paranoïa introspective primitive*). C'est alors le *sens de la liberté* de pensée et d'action qui paraît initialement atteint : le malade éprouve des impulsions et des inhibitions, un éréthisme imaginatif, émotif et moteur, dont il remarque, à la fois, l'existence et l'étrangeté, le caractère *conscient et involontaire*, ou même *contraire à la volonté*. D'où *idées d'influence et de possession*, la pensée dépersonnalisée devenant « hallucination intra-psychique ». « Hallucination » : mot qui ne convient guère ici, terminologie empruntée au monde objectif (l'hallucination suppose la distinction de l'objet et du sujet) et *transportée indûment dans le monde de l'introspection*, où elle n'a plus, maintes fois, de sens saisissable ni surtout de vérification possible. Qui peut dire d'un possédé, se déclarant incapable de lever son bras, s'il est victime d'une fabulation, d'une illusion, d'une interprétation ou d'une hallucination ? Ce qui sert de point de départ à ces délires introspectifs, de façon prédominante, c'est la conscience des *anomalies de l'automatisme psycho-moteur*, plus aisément conscientes que les anomalies de la perception sensorielle (délires hallucinatoires) ou du jugement (délires interprétatifs ou imaginatifs) ou de l'activité volontaire systématique (délires de revendication). Si ces délires introspectifs systématisés sont rarement exempts d'hallucinations vraies et d'interprétations ou de fabulations morbides, leur *prépondérance* clinique assez fréquente, et, quelquefois même, leur existence exclusive, à l'état pur ou presque pur, nous semblent confirmées par l'observation psychiatrique. Il est, d'ailleurs, fort difficile de dire où finit l'hallucination psychique, où commence l'hallucination vraie, et quels délires appartiennent à la paranoïa introspective essentielle ou relèvent de la paranoïa introspective symptomatique, avec ou sans passage à la chronicité (par exemple : délire d'influence greffé sur les obsessions, sur l'asthénie psychique, etc.). La plupart de ces délires, malgré les troubles profonds de la personnalité consciente qu'ils décèlent, n'évoluent pas vers la démence (2).

D. — États confusionnels

Dans les états toxi-infectieux, dont le syndrome confusionnel est l'expression psychopathique élective, le malade a parfois *conscience* de sa torpeur ou même de son onirisme, surtout dans la confusion initiale et légère, assez analogue à la période

(1) Il peut y avoir là un élément éventuel du passage des idées de persécution aux idées de grandeur : la *conscience de l'intégrité physique et psychique* persistantes évoque l'idée soit d'une protection par des défenseurs, soit d'une résistance personnelle surhumaine.

(2) Voir, à ce sujet, les admirables leçons de Séglas sur la variété « psycho-motrice » des délires de persécution et l'étude originale de Clérambault sur l' « Automatisme mental et la scission du Moi ».

hypnagogique du sommeil normal. Tel Sylvestre Bonnard, ayant la fièvre, et luttant par un effort soutenu de son attention volontaire, pour maintenir en place, sur le mur de sa chambre, les fleurs de la tapisserie ou les plis des tentures, animés de mouvements fantastiques. Chez certains malades, la conscience de l'état confusionnel est, peut-on dire, *à éclipse* : Séglas et Barat ont signalé le fait chez des émotionnés qui, après un accident, revivent en imagination la catastrophe pendant le jour, et croient y assister véritablement pendant la nuit ou dans l'obscurité. Cette *alternance diurne et nocturne de la conscience* s'observe encore dans quelques cas d'alcoolisme, de fièvre typhoïde, etc., et, plus généralement, au début et au déclin de beaucoup d'états confusionnels.

D'ailleurs, le syndrome confusionnel comporte, de manière presque constante et très particulière, *un certain sens de l'état morbide* : l'*étonnement*, l'air interrogateur et ahuri, le *doute*, la perplexité de ces malades trahissent une perception relative de l'incoordination psychique et un *effort*, plus ou moins impuissant, pour y remédier. Le confus, dépaysé dans sa propre psychologie, s'inquiète, cherche et tâtonne, en ce crépuscule intellectuel. Il porte la main à son front, contracte ses sourcils, se frotte ou écarquille les yeux, comme un homme qui essaie de percer la brume et d'y voir plus clair, au dehors comme en sa propre conscience.

De même que l'anxiété du cauchemar réveille le dormeur, la *stimulation anxieuse tend à dissiper l'hébétude confusionnelle* (somnolence, torpeur, amnésie, etc.) ; ou, plus exactement peut-être, elle la dissimule, de même que l'anxiété dépressive peut cacher l'inhibition foncière du mélancolique, et comme la confusion elle-même peut voiler la démence. Aussi est-ce surtout *avant ou après l'anxiété* qu'on saisit le mieux « l'état crépusculaire » de la conscience. — L'*onirisme* représente, au contraire, le « délire » de la confusion mentale. Mais ce délire, comme l'a dit Lasègue, n'est qu'un rêve, et ce rêve porte le plus souvent, *en lui-même*, les *caractères distinctifs des syndromes confusionnels* (état illusoire et hallucinatoire incoordonné, chaotique, accidenté, cataclysmique ; tumulte, débandade et bousculade des images morbides ; fantasmagorie cinématographique rappelant celle du rêve et du cauchemar ; incohérence et instabilité des visions, mobiles, glissantes et fuyantes ; inadaptation au réel par insuffisance ou erreur des perceptions ; absence de critique des possibilités objectives ; réactions désordonnées, fugue anxieuse éperdue, faux suicide par méprise confusionnelle, etc.) Dans ce rêve pathologique le *sommeil de la conscience supérieure* reste aussi évident que dans la torpeur confusionnelle, dont il n'est que la forme agitée et anxieuse. (De même, l'anxiété mélancolique, malgré son allure agitée, qui peut faire illusion, porte, en elle-même, la marque de l'inhibition dépressive foncière : monotonie des propos et des réactions, pauvreté, fixité, etc.).

Dans l'*enquête étiologique*, au cours des états confusionnels toxi-infectieux, la *notion de la conscience*, et, plus particulièrement, de la conscience du pathologique, peut servir d'excellent *repère diagnostique*. Rappelons la séméiologie psychique essentiellement négative de la *toxine tétanique*, si hautement neurotrope, mais qui, dans son électivité singulière pour les neurones moteurs périphériques, épargne le grand sympathique (1) aussi bien que l'écorce cérébrale, et laisse atrocement subsister la conscience, jusqu'à la mort. Dans les autres toxi-infections, la Nature, d'ordinaire plus clémente, endort avant de tuer. Citons encore l'*opium*, poison hyponeurotonique (à la fois du vague et surtout du sympathique), ne troublant jamais la cellule corticale jusqu'au délire et n'entraînant qu'un assoupissement euphorique de la conscience

---

(1) Le tétanos splanchnique lui-même répond à l'intoxication du vague plutôt qu'à celle du sympathique proprement dit.

avec exaltation imaginative, sans hallucinations; le *chloral*, qui donne spécifiquement des hallucinations « murales », décoratives, que la conscience amusée ne prend guère au sérieux (de Clérambault); *l'alcool*, la *cocaïne*, *l'éther*, etc., où les hallucinations tantôt sont considérées comme du cinématographe, et tantôt, animées d'une vie redoutable, humaine ou zoopsique, foncent, par groupes nombreux, sur le malade épouvanté, qui fuit, d'habitude, lorsqu'il s'agit d'un alcoolique, plus poltron, ou fait face et provoque, au contraire, ses ennemis, lorsqu'il s'agit d'un cocaïnomane ou d'un éthéromane, plus agresssifs, etc. Nous ne pouvons qu'indiquer ici ces nuances séméiologiques, parfois révélatrices, et dont l'étude nous paraît loin d'être achevée (*Psycho-diagnostic des maladies toxi-infectieuses*).

E. — Les Démences

A) Démence précoce. — Syndrome hébéphréno-catatonique.

Cette affection mentale, habituellement grave et progressive, avec ou sans rémissions, peut, *à ses débuts* surtout, s'accompagner d'un *sens assez exact de l'état morbide* (Thèse de Terrien). A la différence du paranoïaque, l'hébéphrénique, lorsqu'il délire, a conscience parfois de quelque chose de *nouveau*, d'étranger à sa personnalité antérieure, et qui menace, plus ou moins gravement, son intégrité psychique. Tel hébéphrénique écrit ses « adieux à son âme », qui va sombrer dans la démence. Plus tard, le malade, en proie à son impulsivité catatonique, à son délire polymorphe hallucinatoire et absurde, etc., peut encore manifester une *conscience indirecte de l'état morbide* par des *idées d'influence*, si fréquentes que certaine école germanique a cru voir, avec Kræpelin, un présage d'évolution démentielle dans tout délire d'influence quelque peu précoce (jusqu'à 50 ans et plus).

En réalité, les idées d'influence, comme les idées d'auto-accusation, ne constituent qu'un syndrome et les unes ne sont pas plus pathognomoniques de la démence précoce que les autres de la dépression mélancolique. La dissociation mentale, le trouble de la personnalité consciente, dont témoignent les idées d'influence, n'est nullement un signe nécessaire de désagrégation psychique ultérieure. Pour qu'il en soit ainsi, il faut que ces idées d'influence portent précisément la *marque spécifique de l'état mental hébéphréno-catatonique*. L'idée d'influence traduit alors, en un langage bizarre et plus ou moins déshabité de pensée, une *impulsivité absurde et immotivée* ; et, même quand il déplore sa démence prochaine ou se dit « suggestionné », l'hébéphrénique ne s'abandonne pas moins, avec une *indifférence* déconcertante ou une résistance bien précaire, à son négativisme, souvent dangereux, et même *consciemment dangereux* (anorexie, impulsion suicide ou homicide, etc.). Il n'a, d'autre part, ni *l'ennui*, ni la *tristesse*, ni *l'anxiété* de son inertie. Malgré la persistance relative, et quelquefois paradoxale, de la *lucidité* (mémoire, attention, jugement, etc.), *l'automatisme psycho-moteur semble livré à lui-même* (1) sans contrôle et sans frein. Il n'y a ni conflit comme dans l'obsession, ni séparation comme dans l'hystérie entre les éléments dissociés de la personnalité, mais coexistence et connaissance réciproque éventuelle, mais avec *absence remarquable*

(1) De même, dans l'*Encéphalite léthargique*, le cerveau moteur, par irritation lésionnelle, exalte son automatisme et peut imposer au cerveau psychique obnubilé son agitation anidéative et stéréotypée. (Logre, Soc. de Psychiatrie, mai 1920 : Syndrome analogue à la démence précoce, au cours de l'encéphalite léthargique.) Il y a là une sorte de blocage (*brainblock*) du cerveau psychique, « exclu » et comme dépossédé au profit du cerveau moteur en « état d'automatisme » (pour reprendre les expressions mêmes de Handford dans le « *heartblock* ».

d'interréaction. Eparpillement d'un psychisme dont les éléments dispersés ne tendent même plus à se rejoindre ; *perte de l'effort instinctif de synthèse mentale,* malgré la perception possible, directe ou indirecte, d'un trouble grave de la personnalité : tel est le caractère distinctif de la *dislocation* mentale hébéphrénique, la variété de discordance qui la spécifie, parmi tant d'autres formes de discordance et d'inconscience psychopathiques.

B) Démence sénile.

Dans la démence sénile, la *conscience* de l'état morbide est souvent *faible ou inexistante ;* erreur volontiers partagée par l'entourage, à cause de la conservation d'une façade sociale : tenue correcte, formes de politesse et clichés de conversation. Le malade peut avoir cependant la notion, explicite ou obscure, de ses *troubles mnésiques.* Il se plaint parfois de ne plus se souvenir, avec précision, que des événements lointains (mémoire presbyte — d'où : moyens de défense, carnets, procédés mnémoniques, etc.) ; ou bien, interrogé, il se dérobe, élude et tergiverse, répond par des propos vagues et dilatoires, s'excuse ou détourne la conversation (*amnésie évasive* et circonlocutoire, psychologie de « mauvais candidat », en partie conscient de ses lacunes). Plus souvent, l'amnésie inconsciente, et perçue seulement dans ses résultats mal interprétés, donne naissance à des *idées de préjudice* (*amnésie délirante :* « On m'a volé l'objet que je ne retrouve pas, » etc.) ; ou bien l'éréthisme imaginatif s'exerce à la faveur de l'amnésie inconsciente, par une sorte de fonction de suppléance (« *amnésie fabulante* » (1) « Syndrome presbyophrénique »).

D'ailleurs, comme nous l'avons montré, toutes les *démences, peu conscientes ou inconscientes, à prédominance mnésique,* peuvent donner lieu à ce *syndrome d'amnésie fabulante ;* par exemple : *Psychose de Korsakoff* (Dupré), où la fabulation est souvent plus voisine de l'onirisme, plus tourmentée et fantastique, assez différente de l'aimable et insignifiant bavardage sénile ; ou encore : certaines *psychoses traumatiques,* avec amnésie fabulante : « Korsakoff sans polynévrite » (2).

C) Démence artério-scléreuse.

Conscience souvent excessive, hypocondriaque, de l'état morbide ; conscience d'habitude geignarde et pleurnicheuse, avec troubles de l'émotivité faisant pressentir l'échéance éventuelle de l'état pseudo-bulbaire et du pleurer spasmodique. Amnésie parfois fabulante : « *Presbyophrénie artério-scléreuse* » (Dupré et Logre) (3). Mais surtout : *amnésie évasive,* portant électivement sur la mémoire diffuse du langage ; *paraphasie amnésique* (phrases et locutions de remplissage, effort pour parer aux impropriétés et aux insuffisances, relativement conscientes, du langage, et, plus généralement, de la mémoire).

D) Aphasie.

La conscience de l'état morbide n'a jamais fait, à notre connaissance, l'objet d'une étude systématique dans l'aphasie. Elle se montre cependant très variable, selon la nature et la localisation des lésions. Entière dans les *aphasies sous-corticales* (anarthries), elle existe encore, à un moindre degré, dans le *syndrome classique de Broca* (aphasie motrice prédominante ou aphasie d'expression) ; *l'impatience* du malade, si

(1) Devaux et Logre. Amnésie et Fabulation. Etude du syndrome presbyophrénique. *Nouvelle Iconographie.* Février 1911.

(2) Logre et Bouttier. *Paris Médical.* Mai 1919. Séméiologie psychique des traumatismes cérébraux récents.

(3) Dupré et Logre. Les Délires d'Imagination. *Encéphale.* Mars-mai 1911.

bien mise en relief par Trousseau, mesure la disproportion relative entre l'amnésie spécialisée du langage et l'atteinte généralisée de l'intelligence ; de même, quand le vocabulaire n'est pas trop restreint, on peut noter les circonlocutions, les essais de substitutions et d'équivalences verbales. Dans l'*Aphasie de Wernicke*, au contraire (aphasie sensorielle, ou mieux : de compréhension), l'intelligence se montre plus touchée comparativement à la mémoire verbale. L'amnésie verbale, évasive et irritable, de l'aphasie de Broca est remplacée par une sorte d'amnésie verbale fabulante, une *jargonaphasie*, d'allure souvent aimable et niaise ; sa fantaisie trahit, avec la conservation relative des habitudes psycho-motrices, l'absence d'inhibition et de critique verbales, le déchaînement d'un automatisme du langage, à la fois incoordonné et, d'ordinaire, *fort peu conscient*. D'ailleurs, la démence véritable, c'est-à-dire définitive, est alors de règle. L'inconscience du trouble verbal, avec les réactions psychiques connexes, permet donc d'affirmer *l'existence des lésions corticales* et même d'en présumer, jusqu'à un certain point, l'étendue ; elle est aussi, de toute évidence, un précieux élément de *pronostic :* autant on peut espérer l'amélioration, plus ou moins complète, de *l'aphasique conscient, qui se rééduque,* autant il faut réserver l'avenir mental d'un aphasique inconscient, atteint, par exemple, de jargonaphasie, et qui paraît à peine s'en apercevoir.

De ces faits d'aphasie, consciente ou inconsciente, est à rapprocher l'état mental du *Parkinsonien,* presque toujours *douloureusement conscient* de sa maladie, mais trahi par son *amimie,* et souffrant d'être comme au secret derrière le « masque de fer » de ce visage inexpressif et rigide, où les yeux seuls restent vivants.

Dans certains cas d'*ictus psychoplégique* (déficit psychique sans trouble moteur. Dupré), on voit le sujet perdre électivement la *mémoire de son identité* (nom, adresse, profession, etc.) : *ictus amnésique de Garnier ;* le malade est, d'ordinaire, assez conscient de ce trouble passager de la mémoire, qui semble en rapport avec une modification organique encore indéterminée, sur fond d'artério-sclérose cérébrale et d'hypertension artérielle.

E) **Traumatismes cérébraux. — Localisations psychiques.**

C'est au professeur P. Marie (1) et à son élève Béhague qu'il était réservé d'apporter la notion précise d'une *localisation cérébrale uniquement psychique*, sans trouble moteur et sans démence : syndrome de *désorientation spatiale,* strictement limité au sens de la direction (plaies profondes du lobe frontal). Déficit remarquablement *conscient :* un malade, observé par notre collègue Bouttier et nous-même, dans le service du professeur Lecène, au Centre de Chirurgie nerveuse d'Epernay, avait imaginé, comme *moyens de défense*, toute une série de procédés mnémoniques, pour se retrouver dans l'hôpital où il se perdait continuellement.

L'observation neuro-psychiatrique des *traumatismes cérébraux récents,* poursuivie au Centre d'armée d'Epernay, en partie dans notre service neuro-psychiatrique, en partie dans le service de chirurgie nerveuse de notre maître le professeur Lecène, avec la collaboration de notre collègue et ami Bouttier, nous a permis de constater, quant à la conscience du pathologique :

1° Des **traumatismes diffus,** de type commotionnel (ébranlements massifs, micro-traumatismes cérébraux diffus). — Ils donnent naissance à une *séméiologie*

---

(1) P. Marie et Béhague. Syndrome de désorientation dans l'espace consécutif aux plaies profondes du lobe frontal. *(Revue neurologique,* 1919, n° 1).

spéciale, qui se marque par : *a*) soit une *abolition de la vie psychique diffuse* (1) (inconscience totale, évanouissement d'emblée ; — à rapprocher du coma dû au choc apoplectique ou épileptique); *b*) soit une abolition brutale et momentanée du *psychisme supérieur* (fugue mnésique, inconscience analogue à celle de l'épilepsie mentale); *c*) soit une abolition moins étendue, mais plus durable, de l'activité psychique, atteinte surtout dans sa *faculté de vivre dans le présent réel* et de s'adapter au nouveau (Korsakoff sans polynévrite) : *amnésie antérograde* avec *fabulation paramnésique ;* ayant gardé son langage et une bonne part de ses souvenirs anciens, le blessé ne peut plus acquérir de connaissances nouvelles ; son imagination, à la faveur de l'amnésie des faits récents et de la non-fixation des faits actuels, se réfugie dans le passé ; revenu, par l'ensemble de ses idées et de ses préoccupations, à un âge antérieur, le malade paraît se survivre à lui-même. Inconscience complète de l'état morbide : absence d'inquiétude, d'effort d'adaptation et d'éducation ; pronostic réservé ; *d*) des états de *déficit mental diffus*, éventuellement curables ou régressifs, portant sur la mémoire, l'attention, l'humeur et le caractère, et, plus particulièrement, sur l'activité psycho-motrice : *inertie* physique et psychique diffuse ; syndrome, en général, *peu conscient*, sans plainte, ennui ni tristesse, impatience ni anxiété. — L'*asthénie* et les malaises physiques (céphalée, hyperesthésie sensorielle, vertiges, etc.) sont, au contraire, douloureusement *conscients*, suscitent des doléances et des réactions défensives (immobilité, renfrognement, résistance hostile à l'interrogatoire, précautions hypocondriaques, etc.). Dans les cas légers ou anciens, le syndrome, conscient et douloureux, d'asthénie nerveuse et d'hyperesthésie sensitivo-sensorielle (*cf.* le syndrome des anciens trépanés), tend à l'emporter sur le syndrome, peu conscient, d'inertie, caractéristique des états commotionnels récents et intenses (avec sanction organique d'albuminurie rachidienne, en général régressive) (2).

2° Des **traumatismes cérébraux localisés.** — *a*) Ils peuvent, eux aussi, lorsqu'ils sont violents et massifs, supprimer momentanément la vie psychique diffuse : on voit cependant, avec une fréquence paradoxale, un vaste délabrement cérébral *ne pas entraîner d'évanouissement* immédiat : le blessé assiste alors à son traumatisme, dont il a conscience et dont il peut garder le souvenir ; il se rend, quelquefois même par ses propres moyens, au poste de secours. Lecène et Bouttier ont montré, d'autre part, que, dans les traumatismes cérébraux localisés, avec évanouissement initial, on peut souvent discerner, par la suite, les signes respectifs de la lésion locale et ceux du micro-traumatisme diffus commotionnel : il s'agissait donc d'une association morbide.

b) Lorsque le traumatisme localisé atteint une *zone cérébrale, dite muette* (mais qui peut parler cependant à sa façon), on observe, non pas des symptômes neuro-psychiques spécialisés (aphasie, apraxie, désorientation, etc.), mais des *troubles neuro-psychiques diffus*, assez particuliers, semblant répondre au retentissement de la lésion locale sur le dynamisme général et l'harmonie fonctionnelle du cerveau : *asthénie* et *aboulie ;* inefficacité relative de l'effort physique et surtout psychique par épuisement rapide ; *amnésie* diffuse, asystématique ou peu systématique ; instabilité de l'attention ; *troubles de l'humeur et du caractère ;* tendance à la dépression psychique, au découragement, à l'émotivité morbide incoercible. Le

(1) Nous n'avons retenu, autant que possible, pour juger de la *Pathologie traumatique pure*, que les cas de traumatisme sans infection surajoutée (commotion, lésions localisées sans suppuration). *Cf.* la Thèse de Bouttier. Etude neuro-physiologique des traumatismes cérébraux récents. Paris, 1918.

(2) Mestrezat, Bouttier et Logre. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 14 mai 1918.

propre de ce syndrome psycho-névropathique, lié aux lésions cérébrales circonscrites, sans symptômes de localisation, est d'être assez remarquablement *conscient* (absence ordinaire de fabulation malgré l'amnésie ; fréquence des préoccupations hypocondriaques, doléances, lamentations ; parfois idées de suicide).

c) Lorsque la lésion circonscrite occupe une *zone dite de localisation* psychopathique, on note que la vie mentale est frappée, non dans son ensemble (sauf association fréquente, bien que relativement accessoire, du syndrome précédent), mais dans un *élément particulier :* c'est, le plus souvent, la *mémoire* qui périclite ; et elle-même, presque toujours, n'est pas atteinte dans une de ses modalités générales (mémoire des souvenirs anciens ou récents, mémoire diffuse d'évocation ou de fixation), mais dans un *stock spécialisé* de notions intellectuelles et surtout d'habitudes psycho-motrices (1). Enfin, ce déficit localisé des matériaux de la pensée agissante, des moyens intellectuels, acquis et développés par une expérience d'ordinaire ancienne et indéfiniment répétée (langage, écriture, jeu d'un instrument de musique, orientation en milieu familier, systématisations professionnelles, etc.) est, le plus souvent, *parfaitement conscient, dans la mesure où le reste de l'écorce psychique demeure indemne* (le syndrome de désorientation de P. Marie et Béhague, sans autre détermination lésionnelle, nous semble réaliser au maximum cet ensemble de conditions typiques).

La *conscience du pathologique* apparaît donc comme un symptôme majeur en neurologie aussi bien qu'en psychiatrie, puisqu'il peut comporter une haute signification anatomique ; il ne représente pas seulement pour le clinicien la confrontation, la *balance psycho-psychique* entre la conscience supérieure et le trouble morbide spécialisé ; elle représente aussi la confrontation, la *balance anatomo-anatomique* entre la lésion, plus ou moins circonscrite, et l'ensemble, plus ou moins intact, du cortex. Nous avons admis que le cerveau est, le plus souvent, bon juge du grand sympathique ; de même on peut dire, à propos de ces altérations corticales, localisées ou diffuses, avec séméiologie psychique quelque peu *à l'image de la lésion*, que tout se passe *comme si le cerveau sain jugeait le cerveau malade.* D'une façon générale, dans les traumatismes encéphaliques, le *pronostic* est *d'autant meilleur que la consience de l'état morbide est plus claire* (lésion circonscrite sur cerveau relativement sain). D'autre part, l'apparition progressive *de la conscience* du pathologique est un excellent signe d'*amélioration* considérable ou de *guérison* (limitation ou cicatrisation des lésions primitives) (2). Ces données restent vraies, mais dans des conditions beaucoup plus complexes et avec de multiples facteurs d'aggravation, au cours des diverses encéphalopathies infectieuses (spontanées ou traumatiques), toxiques, artério-scléreuses, tumorales, etc... ; pathologie qui n'est plus seulement liée, comme dans le traumatisme pur, à une atteinte mécanique instantanée, mais à des atteintes, mécaniques ou chimiques, d'*évolution souvent progressive :* d'où syndromes surajoutés, ordinairement diffus et *peu conscients,* d'ordre

---

(1) On conçoit que Bergson, étudiant, de préférence, un trouble psychique à séméiologie spécialisée et à lésion localisée comme l'aphasie, ait pu démontrer que le cerveau est à l'âme ce que « l'écrou » est à la machine qu'il consolide, ou « le clou » à l'habit qu'il soutient. Lorsqu'on observe les troubles de la vie psychique diffuse, en rapport avec les lésions encéphaliques diffuses, on est tenté de croire, au contraire, que l'âme est au cerveau ce que la flamme est à la lampe.

(2) Le pronostic des traumatismes encéphaliques, atteignant des cerveaux jeunes et sains, est, d'ailleurs, *relativement* favorable : syndrome totalement ou partiellement *régressif.* Le déficit mental qui les caractérise n'est donc pas, en principe, une démence vraie (affaiblissement incurable), mais un affaiblissement simple, une *parésie psychique,* éventuellement résolutive, comme les parésies motrices qui lui sont si souvent associées.

excitatif ou dépressif et surtout confusionnel (hypomanie des infections et des hémorragies méningées; torpeur progressive des compressions cérébrales croissantes; confusion et onirisme toxiques ou toxiniques, etc.).

F) **Syphilis nerveuse**

Nous avons gardé, pour la fin de ce Rapport, l'étude de la conscience du pathologique dans la *Syphilis cérébrale* et dans la *Paralysie générale*. C'est, en effet, dans le *Psycho-diagnostic différentiel* (1) de ces deux affections que la recherche de ce symptôme trouve son application la plus habituelle, la plus importante aussi pour le pronostic et le traitement.

A) Dans la *Syphilis cérébrale* (lésions, plus ou moins circonscrites, d'artérite, de gomme, de méningite, etc.), le syndrome psychique observé se ramène (avec adjonction fréquente de troubles confusionnels) à un *déficit*, éventuellement régressif, soit *spécialisé* (*amnésie élective*, aphasie, apraxie, etc.), soit *généralisé* (*amnésie diffuse*, prédominant souvent sur la mémoire des événements récents, postérieurs au début de l'affection). Mais, dans tous ces cas, le malade est, en règle générale, *conscient* de son syndrome. Amnésique, il ne fabule guère, mais remarque son trouble et s'en affecte; il signale parfois lui-même au médecin sa dysarthrie et demande, avec inquiétude, s'il ne va pas devenir paralytique général.

B) Démence globale, en rapport avec une lésion encéphalique diffuse, grave et progressive, la *Paralysie générale* est, sauf exception rare, et presque toujours passagère, *la plus inconsciente des psychopathies*. Le malade *ne remarque pas* le symptôme, ou *ne s'en affecte pas*. Sa conscience elle-même, lorsqu'elle existe, est démentielle (croyance à des lésions colossales, idées de négation saugrenues, hypocondrie absurde, etc.). Son euphorie habituelle n'est pas diminuée par la constatation d'une erreur énorme de sa mémoire ou de son jugement, et il n'en continue pas moins à se proclamer volontiers le mieux portant, le plus fort et le plus intelligent des hommes. La dissociation intra-psychique (parallèle à la dissolution neurologique diffuse, à la « paralysie » : παραλύσις générale) s'observe ici au maximum. Aucun dément n'est, à certains égards, plus discordant que le paralytique général; mais sa démence *globale* ne donne pas la même impression de dislocation que l'hébéphrénie, démence inégale et boiteuse, où la déchéance intellectuelle n'est pas au niveau de la déchéance affective et volontaire, plus profonde.

C'est notre maître Dupré, qui, le premier, dans son article sur les « Psychopathies organiques » (2), a mis pleinement en valeur le symptôme capital de l'« *autocritique* », établi, dans son existence et son degré, par la méthode clinique de l' « *autoconfrontation* ». L'autocritique se confondant sensiblement, chez le psychopathe, avec la conscience du pathologique, il a ainsi dénommé et décrit le trouble nerveux le plus élevé dans la hiérarchie psychiatrique, le plus hautement représentatif de l'harmonie mentale compromise, bref le *repère essentiel*, le point de perspective *central* et *culminant* du *Psycho-diagnostic*, non seulement dans la Syphilis du système nerveux, mais dans la plupart des Psychopathies, organiques ou vésaniques. Et les quelques considérations personnelles que nous avons pu apporter dans cette brève étude ne sont que le développement et comme l'illustration de cette idée princeps.

(1) Dupré et Logre. — Le Psycho-diagnostic de la Paralysie générale. *Journ. méd. français*, 1914.
(2) *Traité de Pathologie mentale*, publié sous la direction de Gilbert Ballet.



Imp. Lorraine. Rigot et Cie, Nancy